

COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE

ORIGINAL : ANGLAIS

Soixante-huitième session

Dakar, République du Sénégal, 27-31 août 2018

Point 11 de l'ordre du jour provisoire

**CADRE POUR LA CERTIFICATION DE L'ÉRADICATION
DE LA POLIOMYÉLITE DANS LA RÉGION AFRICAINE**

Rapport du Secrétariat

RÉSUMÉ D'ORIENTATION

1. La certification de l'éradication de la poliomyélite est conduite dans les régions de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). La certification d'une région n'est envisagée que lorsque tous ses États Membres ont démontré l'absence de transmission de poliovirus sauvage pendant au moins trois années consécutives, constatée par des activités de surveillance de la poliomyélite réalisées en conformité avec les normes de la certification. En 2014, l'éradication de la maladie a été certifiée dans quatre des six régions de l'OMS, les régions de l'Afrique et la Méditerranée orientale n'ayant pas encore obtenu leur certification.
2. En 2015, la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé a adopté une résolution visant à mettre un terme à la transmission du poliovirus sauvage, à assurer et à maintenir la surveillance au niveau requis pour la certification, à introduire le vaccin antipoliomyélitique inactivé avant le retrait mondial de la composante de type 2 du vaccin antipoliomyélitique oral trivalent (VPOt) et à veiller à ce que les moyens de lutte contre la poliomyélite, les enseignements tirés de l'expérience et les connaissances acquises soient utilisés pour soutenir d'autres priorités sanitaires nationales.
3. La Région africaine a accompli des progrès remarquables vers l'éradication de la poliomyélite. Au mois de juin 2018, vingt-deux mois s'étaient écoulés depuis la confirmation du dernier cas d'infection par le poliovirus sauvage dans la Région africaine, les derniers cas ayant été notifiés au Nigéria le 21 août 2016. Les derniers poliovirus ont été isolés dans l'environnement le 27 septembre 2016. En mai 2016, tous les États Membres avaient retiré la composante de type 2 du vaccin antipoliomyélitique oral (VPO). Tous les États Membres ont également soumis la documentation relative à la phase 1a du confinement des poliovirus en laboratoire. Le vaccin antipoliomyélitique inactivé, issu des stocks mondiaux, a été introduit dans les programmes de vaccination systématique des États Membres. Au mois de juin 2018, presque tous les États Membres (39 sur 47) ont progressivement été approvisionnés en vaccin antipoliomyélitique inactivé. La Commission africaine de certification de l'éradication de la poliomyélite a accepté la documentation nationale appuyant la demande de reconnaissance du statut d'exempt de poliomyélite dans 40 pays sur 47. Le plan de la Commission africaine de certification de l'éradication de la poliomyélite portant sur l'acceptation de la documentation relative à l'obtention d'ici à 2019 du statut d'exempt de poliomyélite dans les États Membres restants a été mis en place.
4. Compte tenu de ces progrès, la Région africaine pourrait obtenir la certification de l'éradication de la poliomyélite d'ici à la fin de 2019 ou au début de 2020. Mais, en dépit des progrès accomplis, les lacunes actuelles dans la surveillance de la poliomyélite dans les États Membres constituent une menace pour la satisfaction des critères de certification dans la Région d'ici à 2019. Des flambées de poliovirus

circulants dérivés d'une souche vaccinale ont également été observées, ce qui signale une faible immunité de la population et un risque de réintroduction du poliovirus dans des pays ayant demandé que leur statut de pays exempt de poliomyélite soit reconnu.

5. Le présent cadre propose aux États Membres des interventions prioritaires favorisant la certification de l'éradication de la poliomyélite dans la Région, et contribuant à conserver le statut de pays exempts de poliomyélite après leur certification. Ces interventions comprennent la réalisation d'évaluations des risques, le renforcement de la surveillance par une utilisation accrue des innovations technologiques, l'amélioration de la préparation et de la qualité de la riposte aux flambées de poliomyélite, les efforts pour atteindre les enfants situés dans des zones d'insécurité et le confinement des poliovirus en laboratoire. D'autres interventions sont également citées, telles que le renforcement des comités et des processus nationaux de certification, l'application du Règlement sanitaire international (2005), l'intensification de la vaccination systématique, l'institutionnalisation de la responsabilisation par le personnel travaillant dans le cadre de fonds attribués à la lutte contre la poliomyélite, la mise au point finale des plans de transition et la mise en œuvre de la stratégie postcertification.

6. Le Comité régional est invité à examiner et à adopter les mesures proposées dans le présent cadre d'action régional.

SOMMAIRE

Paragraphe

INTRODUCTION.....	1-6
SITUATION ACTUELLE.....	7-11
ENJEUX ET DÉFIS.....	12-19
LE CADRE D’ACTION RÉGIONAL	20-30
INTERVENTIONS ET ACTIONS PRIORITAIRES	31-43

ANNEXES

Page

1. Cadre de suivi du Plan stratégique pour l’éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018	9
2. État de la documentation acceptée des pays exempts de poliomyélite dans la Région africaine par la Commission africaine de certification de l’éradication de la poliomyélite en juin 2018.....	14
3. Principaux indicateurs régionaux permettant de mesurer les progrès accomplis dans la mise en œuvre du cadre d’action régional.....	15

ABRÉVIATIONS

ARCC	Commission africaine de certification de l'éradication de la poliomyélite
LQAS	Échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité
OMS	Organisation mondiale de la Santé
RSI	Règlement sanitaire international (2005)
SIG	Système d'information géographique
VPI	Vaccin antipoliomyélitique inactivé
VPO	Vaccin antipoliomyélitique oral
VPOb	Vaccin antipoliomyélitique oral bivalent
VPOt	Vaccin antipoliomyélitique oral trivalent

INTRODUCTION

1. La poliomyélite, maladie virale entraînant une paralysie irréversible, est causée par trois sérotypes de poliovirus sauvages¹. En 1988, la Quarante et Unième Assemblée mondiale de la Santé a adopté une résolution² visant à éradiquer tous les types de poliomyélite dans le monde au plus tard en l'an 2000. Depuis lors, le nombre de cas de poliomyélite dans le monde a été réduit de 99 %. Malheureusement, trois pays, dont un État africain, restent des pays d'endémie.
2. Le 26 mai 2012, l'Assemblée mondiale de la Santé a déclaré que l'éradication de la poliomyélite constituait « une urgence programmatique pour la santé publique mondiale ». Un Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018 a donc été élaboré, pour guider les États Membres (annexe 1).
3. La certification d'une Région n'est envisagée que lorsque l'absence totale de transmission du poliovirus sauvage a été attestée dans tous les pays de la zone géographique concernée pendant au moins trois années consécutives par des activités de surveillance de la poliomyélite réalisées selon les normes de la certification³. En 2014, l'éradication des trois souches de poliovirus a été certifiée dans quatre des six Régions de l'OMS, à l'exception notable de la Région africaine et de la Région de la Méditerranée orientale⁴.
4. En mai 2015, la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé a adopté une résolution⁵ visant à mettre un terme à la transmission du poliovirus sauvage ; à assurer et à maintenir la surveillance au niveau requis pour la certification ; et à introduire le vaccin antipoliomyélitique inactivé avant le retrait mondial de la composante de type 2 du vaccin antipoliomyélitique oral trivalent (VPOt) en mai 2016.
5. La présence de poliovirus sauvages dans les trois pays d'endémie fait peser le risque de propagation de la poliomyélite à d'autres pays. Les lacunes persistantes de la surveillance et la faiblesse de l'immunité de la population engendrent un risque d'importation de poliovirus et constituent une menace pour la certification de l'éradication de la poliomyélite dans la Région.
6. Le présent cadre de mise en œuvre a été élaboré pour servir de boussole aux États Membres dans l'obtention de la certification régionale de l'éradication de la poliomyélite.

SITUATION ACTUELLE

7. La Région africaine a nettement progressé vers l'éradication de la poliomyélite. Ces cinq dernières années, le nombre de cas d'infection par le poliovirus sauvage a diminué, passant de 128 cas en 2012 à 76 cas en 2013, puis à 17 cas en 2014⁶, pour s'établir enfin à zéro cas en 2015. Malheureusement, en juillet 2016, après pratiquement deux ans, quatre cas d'infection par le poliovirus sauvage ont été confirmés dans les zones en proie à l'insécurité qui se trouvent dans l'État du Borno, au nord du Nigéria.
8. L'insécurité qui prévalait dans cet État a empêché les équipes chargées de la vaccination et de la surveillance d'atteindre certaines zones pendant longtemps. La circulation de poliovirus n'a donc été détectée que lorsque ces localités sont redevenues accessibles. En conjonction avec les

¹ <http://www.who.int/biologicals/areas/vaccines/poliomyelitis/en> (en anglais seulement).

² Résolution WHA41.28 de l'Assemblée mondiale de la Santé. Éradication mondiale de la poliomyélite d'ici à l'an 2000.

³ <http://polioeradication.org/polio-today/preparing-for-a-polio-free-world/certification/> (en anglais seulement).

⁴ Global Polio Eradication Initiative Independent Monitoring Board Report, novembre 2017.

⁵ Assemblée mondiale de la Santé, document A68/21 Add.1 – 15 mai 2015.

⁶ WHO polio weekly global update, janvier 2018.

partenaires de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP), le gouvernement du Nigéria a mis en place une riposte rapide à la flambée destinée à interrompre toute circulation ultérieure des poliovirus.

9. Les ministres de la Santé des pays du Bassin du lac Tchad⁷ réunis à l'occasion de la soixante-sixième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique qui s'est tenue en 2016 à Addis Abeba (Éthiopie) ont déclaré que la flambée de poliomyélite au Nigéria constituait une urgence de santé publique de portée sous-régionale, et ils ont résolu d'intensifier leurs efforts pour y mettre fin rapidement. En outre, un mécanisme de coordination multinationale du groupe de travail sur la poliomyélite – constitué des États Membres et des partenaires de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite – a été formé dans le but de renforcer la collaboration lors des interventions de lutte contre la flambée. Au mois de juin 2018, aucun cas de poliovirus sauvage n'avait été confirmé dans la Région africaine depuis 22 mois, les derniers cas ayant été notifiés au Nigéria le 21 août 2016, alors que le dernier poliovirus sauvage fut isolé dans l'environnement le 27 septembre 2016. Cette embellie est due pour l'essentiel à la meilleure qualité des campagnes de vaccination menées dans les pays.

10. Tous les États Membres de la Région ont procédé au retrait du vaccin antipoliomyélitique oral (VPO) de type 2, remplaçant le VPO trivalent par le VPO bivalent avant mai 2016⁸. Au mois de juin 2018, trente-neuf États Membres avaient introduit le vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI) dans leurs programmes de vaccination systématique, ce que n'ont pas pu faire les huit États Membres restants⁹ à cause d'une pénurie mondiale du VPI. La couverture par la vaccination systématique dans la Région a stagné autour de 74 % pendant un certain nombre d'années. En 2016, tous les États Membres avaient soumis la documentation nationale sur le confinement des poliovirus en laboratoire requise au titre de la phase 1a, conformément au troisième Plan d'action mondial (GAP III) de l'IMEP en 2016¹⁰.

11. Au mois de juin 2018, la Commission africaine de certification de l'éradication de la poliomyélite avait accepté la documentation nationale accompagnant la demande formulée par 40 États Membres de la Région sur 47¹¹, en vue de leur reconnaissance comme des pays exempts de poliomyélite. Les pays restants ont prévu de présenter leur documentation complète à la Commission au plus tard au mois de novembre 2019 (annexe 2). Eu égard à ces progrès, la Région africaine pourrait obtenir la certification de l'éradication de la poliomyélite d'ici à la fin de 2019 ou en début 2020. En préparation de la réduction des activités de leur programme de lutte contre la poliomyélite et de la fin de ses activités, les États Membres ont élaboré des plans chiffrés de transition pour la poliomyélite, en veillant à ce que les moyens de lutte contre cette maladie soient utilisés au profit d'autres interventions de santé publique¹².

⁷ Cameroun, Niger, Nigéria, République centrafricaine et Tchad.

⁸ Soixante-Dixième Assemblée mondiale de la Santé, document A70/14 sur la poliomyélite, rapport du Secrétariat.

⁹ Burkina Faso, Érythrée, Ghana, Malawi, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sierra Leone, Togo, Zambie et Zimbabwe.

¹⁰ Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique. Document d'information AFR/RC67/INF.DOC/5, intitulé « Rapport de situation sur l'éradication de la poliomyélite et la stratégie de la phase finale dans la Région africaine ». Document établi pour le compte de la soixante-septième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, qui s'est tenue à Victoria Falls (Zimbabwe) du 28 août au 1^{er} septembre 2017.

¹¹ Rapport de la Commission africaine de certification de l'éradication de la poliomyélite sur les progrès accomplis vers la certification, réunion de Yaoundé (Cameroun), 11-15 décembre 2017.

¹² Organisation mondiale de la Santé. Document EB142/11, intitulé « Rapport du Directeur général sur la planification de la transition pour la poliomyélite ». Genève, janvier 2018.

ENJEUX ET DÉFIS

12. **L'insécurité et l'inaccessibilité.** La mise en œuvre des activités planifiées en vue de renforcer la surveillance, la vaccination systématique et les interventions de lutte contre les flambées a été entravée par l'inaccessibilité à certaines zones localisées, en proie à l'insécurité. Il est donc difficile d'exclure toute transmission subsistante de poliovirus dans ces zones.

13. **La poursuite de la transmission de poliovirus et le caractère sous-optimal de la riposte à la flambée.** Associées à une faible couverture des populations par la vaccination systématique, la confirmation de la présence de poliovirus sauvages¹³ en 2016 et les flambées de poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale de type 2¹⁴ à l'est de la République démocratique du Congo, au Kenya et au Nigéria en 2017 et 2018, couplées à une couverture limitée de la vaccination systématique, constituent une menace pour la propagation des poliovirus à d'autres pays. La qualité de certaines ripostes à la flambée n'a pas été optimale, ce qui a permis à la transmission de se poursuivre.

14. **Des lacunes persistantes sur le plan de la surveillance.** La Région africaine souffre de lacunes persistantes dans la surveillance de la poliomyélite, qui s'expliquent par l'insécurité, la faiblesse des systèmes de santé, les priorités concurrentes et l'apathie dans certaines situations, des États Membres n'ayant confirmé aucune flambée de poliomyélite depuis de nombreuses années. Dans certains cas, la surveillance de la poliomyélite n'est pas prioritaire, car d'autres questions, par exemple d'autres flambées de maladies et des situations d'urgence sanitaire, sont perçues comme des priorités concurrentes.

15. **Des obstacles à la performance des laboratoires de la poliomyélite.** En vue de confirmer la présence des poliovirus, le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique a œuvré avec des États Membres pour établir 16 laboratoires nationaux de la poliomyélite dans la Région. Ces laboratoires desservent le pays dans lequel ils sont situés, en même temps que des pays voisins. Or, certains pays dans lesquels des laboratoires nationaux sont implantés appliquent des restrictions sévères à l'importation et au dédouanement des réactifs de laboratoire, ce qui se traduit par des ruptures de stock et par des retards dans le traitement des échantillons.

16. **Une faible immunité de la population.** La stagnation et la baisse de la performance de la vaccination systématique dans certains pays implique que des zones présentent un risque d'importation du poliovirus et d'apparition de flambées de poliomyélite. En outre, la qualité sous-optimale de certaines campagnes de vaccination contre la poliomyélite et la pénurie mondiale de vaccins antipoliomyélitiques inactivés sont responsables de la faible immunité de la population et de la vulnérabilité d'un grand nombre de groupes à une infection par un poliovirus.

17. **Un confinement insuffisant des poliovirus.** Certains laboratoires de recherche de la Région africaine n'ont pas pleinement appliqué les mesures de confinement visant à détruire les matériels potentiellement infectés par des poliovirus pour éviter la réintroduction ou la dissémination dans l'environnement et au sein des populations, ce qui pourrait provoquer des flambées massives de poliomyélite. Par ailleurs, des flacons de doses de VPO trivalents ont été récemment découverts dans des centres de santé¹⁵, en dépit du remplacement du VPO trivalent par le VPO bivalent en mai 2016. C'est donc dire que le maintien de l'usage de ces doses de VPO trivalent pourrait causer des flambées de poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale de

¹³ Dans les zones en proie à l'insécurité dans l'État du Borno, au Nigéria.

¹⁴ Plusieurs provinces de la République démocratique du Congo, la ville de Nairobi (Kenya) et plusieurs États du Nigéria.

¹⁵ Au Nigéria, en République démocratique du Congo et au Tchad.

type 2. De surcroît, l'utilisation du VPO monovalent de type 2 dans la riposte à des flambées de poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale de type 2¹⁶ entraîne un risque d'émergence de « nouveaux » poliovirus circulants de ce type.

18. **La faiblesse de comités nationaux de lutte contre la poliomyélite.** Dans certains pays, les comités nationaux de lutte contre la poliomyélite ne fonctionnent pas comme il se doit depuis plusieurs années, ce qui déteint sur la qualité des mises à jour et des rapports annuels. Par conséquent, la Commission africaine de certification de l'éradication de la poliomyélite risque de ne pas posséder les éléments factuels et la documentation crédibles nécessaires pour certifier que la Région est exempte de poliomyélite.

19. **La réduction du personnel financé au titre de la lutte antipoliomyélitique et le maintien du statut de Région exempte de poliomyélite après la certification.** Conformément à la décision prise en 2016 par le Conseil exécutif de l'OMS¹⁷ de réduire les indemnités et le coût des obligations financières dont sera redevable l'Organisation, la Région africaine a commencé à supprimer certains postes liés à la lutte antipoliomyélitique, en fonction des plafonds budgétaires nationaux projetés au titre de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Par ailleurs, la fermeture de l'Initiative après la certification de l'éradication de la maladie pourrait entraîner un risque de non-maintien du confinement du poliovirus dans les laboratoires et de non-garantie de la détection d'une éventuelle flambée de poliomyélite et de la qualité de la riposte, car l'infrastructure de la lutte antipoliomyélitique aura été démantelée. La réduction du personnel financé au titre de la lutte antipoliomyélitique pourrait aussi déteindre sur la surveillance et la mise en œuvre d'autres interventions sanitaires dans la Région.

LE CADRE D'ACTION RÉGIONAL

Vision, but, objectifs, cibles et principales étapes

20. **Vision :** une Région exempte de poliovirus.

21. **But :** d'ici à la fin d'année 2019, parvenir à la certification que la Région africaine est exempte de poliomyélite.

22. **Objectifs.** Les objectifs du cadre d'action régional sont les suivants :

- a) renforcer la surveillance de la poliomyélite et de la paralysie flasque aiguë dans tous les pays, et la surveillance environnementale opérationnelle dans des pays sélectionnés ;
- b) renforcer les comités nationaux de certification de l'éradication de la poliomyélite, tout comme les processus de documentation relatifs à la déclaration de l'éradication de cette maladie dans tous les pays ; et
- c) maintenir le statut d'exempt de poliomyélite dans la Région, après la certification de l'éradication de cette maladie.

¹⁶ Au Cameroun, au Mozambique, au Niger, au Nigéria, en République démocratique du Congo et au Tchad.

¹⁷ Organisation mondiale de la Santé. Cent quarantième session du Conseil exécutif, rapport du Secrétariat, document EB140/46. *Ressources humaines : mise à jour*. Novembre 2016, Genève.

23. Cibles et étapes intermédiaires

a) Cibles

D'ici à décembre 2019 :

- i) la documentation relative au statut d'exempt de poliomyélite aura été acceptée par la Commission africaine de certification de l'éradication de la poliomyélite pour tous les États Membres ; et
- ii) la Région aura été certifiée exempte de poliomyélite.

D'ici à janvier 2020 :

- i) tous les États Membres commencent à mettre en œuvre la stratégie postcertification, afin de maintenir le statut d'exempt de poliomyélite dans toute la Région.

b) Étapes intermédiaires

D'ici à décembre 2018 :

- i) tous les États Membres de la Région auront réalisé et maintenu la surveillance requise pour la certification¹⁸ aux plans national et infranational ; et
- ii) tous les États Membres sélectionnés posséderont une surveillance environnementale pleinement opérationnelle qui satisfait aux indicateurs de performance fixés.

D'ici à mars 2019 :

- i) tous les États Membres posséderont des comités nationaux de lutte contre la poliomyélite formés et pleinement opérationnels, prêts à soumettre les rapports annuels, les mises à jour et la documentation prouvant le statut d'exempt de poliomyélite dans leur pays.

Principes fondamentaux

24. **L'appropriation et la prise en main par les pays.** Le fonctionnement du réseau national de surveillance de la poliomyélite relève de la responsabilité des autorités publiques à tous les niveaux, et les États Membres doivent jouer un rôle moteur accru pour assurer la présence de systèmes de surveillance sensibles dans l'optique de la certification.

25. **Le partenariat.** L'éradication de la poliomyélite nécessitera la disponibilité constante de ressources (financières, matérielles et humaines) provenant des partenaires de l'IMEP, des autorités publiques et d'organisations non gouvernementales.

26. **La collaboration intersectorielle.** Dans les zones d'insécurité en particulier, la collaboration intersectorielle avec les autorités publiques, les forces militaires et les autres secteurs sera essentielle pour atteindre les populations mal desservies.

27. **Une approche intégrée.** Le système de surveillance de la poliomyélite fait partie du système de surveillance intégrée des maladies et de riposte dans la Région ; cette approche doit être renforcée à tous les niveaux.

¹⁸ Taux de paralysie flasque aiguë non poliomyélitique d'au moins 2 pour 100 000 enfants de moins de cinq ans, et adéquation des échantillons coprologiques d'au moins 80 %.

28. **Une approche axée sur les résultats.** L'amélioration de la qualité des activités de lutte contre la poliomyélite doit être mesurée grâce à un suivi étroit des indicateurs de performance fixés, et des mesures de gestion doivent être prises de toute urgence lorsque les indicateurs se détériorent.

29. **La responsabilisation et les bases factuelles.** La mise en œuvre du cadre de responsabilisation du programme de lutte antipoliomyélitique à tous les niveaux doit occuper une place centrale pour améliorer la performance du programme.

30. **Les innovations.** Les programmes nationaux de lutte antipoliomyélitique possèdent une large gamme d'innovations et de technologies qui s'avèrent utiles dans l'amélioration de leur performance et de la qualité des données.

INTERVENTIONS ET ACTIONS PRIORITAIRES

31. **Évaluer les risques.** Les États Membres devraient procéder régulièrement à des évaluations des risques et déterminer le risque de transmission et d'importation de la poliomyélite. Les risques émergents tels que l'insécurité, les conflits, les mouvements de population et le refus de vaccination devraient aussi être pris en compte dans l'analyse. Les évaluations des risques devraient être effectuées sur une base trimestrielle aux niveaux national et infranational, et partagées avec les partenaires en vue de la mise en œuvre des mesures d'atténuation.

32. **Renforcer la surveillance et les capacités des laboratoires.** Les États Membres devraient renforcer d'urgence la surveillance de la paralysie flasque aiguë à tous les niveaux (national et infranational) pour détecter toute transmission du poliovirus à temps afin de lancer rapidement la riposte. Dans les domaines prioritaires qui satisfont aux critères d'établissement de la surveillance environnementale, en plus de la surveillance de la paralysie flasque aiguë, les États Membres devraient veiller à ce que les départements ministériels ou les ministères, notamment ceux qui s'occupent des questions environnementales, soient associés à la sélection des sites de collecte d'échantillons pour la surveillance environnementale. Les États Membres devraient faciliter les dispenses ou assouplir les procédures de dédouanement des réactifs de laboratoire critiques afin d'éviter les ruptures de stock et d'assurer la fonctionnalité continue des laboratoires de la poliomyélite.

33. **Améliorer la qualité des plans de riposte aux épidémies et des plans de préparation.** Les États Membres devraient interrompre les flambées de poliovirus dans les plus brefs délais en mettant en place des ripostes de haute qualité. Pour y parvenir, les États Membres devraient élaborer d'urgence des plans de préparation aux flambées de poliomyélite qui devraient être actualisés régulièrement. Il est aussi primordial que les États Membres instituent des mécanismes pour atténuer les facteurs qui contribuent à la mauvaise qualité de la riposte aux flambées, notamment en évitant les retards inutiles et en accélérant le transfert des fonds disponibles au niveau national vers les différents niveaux de mise en œuvre, en améliorant la sélection et la formation des équipes locales de vaccination, et en renforçant la supervision, le suivi et l'évaluation des activités réalisées sur le terrain.

34. **Accroître l'accessibilité dans les zones de conflit.** Les États Membres devraient assurer la sécurité et accroître l'accessibilité des équipes de vaccination. Dans certains cas, des journées de tranquillité devraient être négociées entre les factions en conflit pour les activités de vaccination puissent être menées. Dans les zones dangereuses et peu sûres où il est impossible de garantir la

sécurité des équipes de vaccination, les États Membres pourraient en dernier recours envisager d'utiliser les forces militaires nationales pour mener les activités de vaccination.

35. Assurer le confinement et la destruction des poliovirus. Afin d'éviter les fuites de poliovirus dans les laboratoires et leur réintroduction dans la population et l'environnement, tous les États Membres devraient détruire les matériels potentiellement infectés par des poliovirus dans les laboratoires nationaux et dans les laboratoires de recherche biomédicale, une fois que les échantillons ont été utilisés aux fins de recherche prévues. Les États Membres devraient aussi procéder rapidement à des exercices de validation et détruire les flacons de vaccin antipoliomyélitique oral trivalent disponibles dans les établissements de santé publics et privés. Pour les pays qui utilisent la composante de type 2 du vaccin antipoliomyélitique oral monovalent dans le cadre de la riposte au poliovirus circulant de type 2 dérivé d'une souche vaccinale, les directives mondiales visant à assurer le retrait et la destruction des flacons de VPO monovalent de type 2 après la riposte doivent être strictement respectées. L'Afrique du Sud – seul État Membre de la Région africaine ayant demandé à conserver les poliovirus sauvages, car recelant une installation essentielle de lutte antipoliomyélitique – devrait respecter les directives mondiales applicables à la conservation des poliovirus. Lorsqu'il existe des raisons de croire que le confinement des poliovirus a été interrompu ou qu'il y a eu fuite, l'État Membre devrait immédiatement signaler l'incident à l'OMS pour que des enquêtes plus approfondies soient menées et que des mesures correctives soient prises immédiatement.

36. Appliquer le Règlement sanitaire international (RSI, 2005). En vertu du Règlement sanitaire international (2005) en vigueur, tout État Membre connaissant une flambée de poliovirus sauvage ou de poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale devrait immédiatement la déclarer en tant qu'urgence de santé publique nationale. Cette déclaration devrait faciliter la mobilisation de ressources supplémentaires auprès des partenaires de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite et permettre à l'État Membre de contenir rapidement la flambée. Lorsqu'il existe un risque de propagation vers les pays voisins, les États Membres de cette zone géographique devraient rapidement et conjointement déclarer la flambée comme urgence de santé publique de portée internationale à l'échelle sous-régionale et mettre en œuvre une surveillance transfrontalière de qualité couplée à des activités de vaccination synchronisées visant à empêcher la propagation.

37. Renforcer la vaccination systématique. Les États Membres devraient s'employer rapidement à relancer la vaccination systématique afin de renforcer l'immunité de la population et d'améliorer la qualité des données. L'accent devrait être mis sur l'atteinte des populations mal desservies et vulnérables vivant dans les zones difficiles d'accès, qui sont exposées au poliovirus. Compte tenu de la disponibilité accrue des stocks de vaccin antipoliomyélitique inactivé dans tous les pays de la Région, les États Membres devraient aussi assurer une augmentation rapide de la couverture par le VPI pour renforcer l'immunité de la population et enrayer les flambées de poliovirus circulant de type 2 dérivé d'une souche vaccinale.

38. Atteindre les populations difficiles d'accès, frontalières et migrantes. Les États Membres devraient dresser une carte des localités difficiles à atteindre et des zones frontalières, identifier les itinéraires saisonniers utilisés par les migrants, et procéder à une estimation de la population. Toutes les mesures devraient être prises pour accroître l'accès aux vaccins et renforcer la surveillance grâce à des innovations technologiques locales telles que la géocartographie et la microplanification, qui devraient être couplées à d'autres interventions sanitaires pour accroître l'acceptabilité et l'utilisation des vaccins antipoliomyélitiques. Il convient également de renforcer les activités de vaccination dans les zones transfrontalières, en

particulier la vaccination permanente aux points de transit, la vaccination les jours de marché, ainsi que la surveillance des populations migrantes ou nomades.

39. Accroître l'utilisation des technologies et des innovations. Les innovations technologiques fondées sur le Système d'information géographique (SIG) disponibles au Bureau régional fournissent des informations géographiques « en temps réel » sur la mise en œuvre de la surveillance planifiée, la conduite des activités de vaccination et la fourniture d'un encadrement bienveillant. Ces technologies s'avèrent utiles pour améliorer l'exécution des programmes et devraient être adoptées d'urgence et mises à l'échelle par tous les États Membres avec l'aide du Bureau régional de l'Afrique, y compris les équipes d'appui interpays et les bureaux de représentation de l'OMS. Les États Membres devraient utiliser les données découlant de ces innovations pour renforcer la surveillance et la vaccination systématique.

40. Renforcer les processus de certification. Les États Membres devraient examiner d'urgence la composition et les activités des comités nationaux afin de préparer une documentation solide et des mises à jour permettant à la Commission africaine de certification de l'éradication de la poliomyélite de certifier en toute confiance que la Région africaine est exempte de poliomyélite. Dans certains cas, les États Membres devraient envisager de remplacer les membres des comités nationaux qui sont régulièrement inactifs. Les membres nommés du comité national devraient être formés et réorientés de manière à renforcer les capacités requises pour le processus de certification. Les États Membres devraient veiller à ce que les mises à jour annuelles et les rapports sur les activités nationales de certification soient soumis à la Commission dans les délais impartis.

41. Améliorer la responsabilisation en se fondant sur des données factuelles. En vue de renforcer la performance du programme et de garantir la certification de l'éradication de la poliomyélite dans la Région dans les plus brefs délais, les États Membres devraient élaborer des principaux indicateurs de performance programmatiques qui devraient rejoindre les principaux indicateurs régionaux permettant de mesurer les avancées obtenues dans la mise en œuvre du cadre d'action régional (annexe 3). Les États Membres devraient mener des activités périodiques de suivi et d'évaluation afin de mesurer les progrès accomplis. Lorsqu'il est démontré que le personnel souffre d'une inertie chronique, qui s'accompagne d'une détérioration persistante du programme qui expose la Région au risque de ne pas être certifiée exempte de poliomyélite, des mesures de gestion de la responsabilisation devraient être prises à l'égard du personnel du gouvernement et des agences affecté au programme.

42. Mettre en œuvre la planification de la transition pour la poliomyélite et la stratégie postcertification. Les États Membres devraient mobiliser l'appui des partenaires au développement nationaux par l'intermédiaire de comités de coordination interinstitutions pour combler les lacunes liées à la planification en cours de la transition pour la poliomyélite, afin d'assurer le maintien des progrès réalisés en vue de la certification. Pour maintenir le statut de pays exempts de poliomyélite après la certification, les États Membres devraient mettre en place des mécanismes permettant de maintenir les fonctions essentielles de la lutte contre la poliomyélite (confiner les poliovirus dans les laboratoires, détecter rapidement toute flambée de poliovirus qui pourrait survenir, et mener des interventions appropriées en cas de flambée).

43. Le Comité régional est invité à examiner et à adopter le cadre d'action régional proposé. Un rapport sur les progrès accomplis vers la mise en œuvre dudit cadre devrait être présenté à la soixante-dixième session du Comité régional en 2020.

ANNEXE 1. Cadre de suivi du Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018

OBJECTIFS DU PLAN STRATÉGIQUE	INDICATEURS DE RÉALISATION	INDICATEURS DE PRODUIT					
		2013	2014	2015	2016	2017	2018
<p>Détection du poliovirus et interruption de sa transmission Achever l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage à l'échelle mondiale et décélérer et interrompre plus rapidement toute nouvelle flambée due à des poliovirus dérivés de souches vaccinales</p> <p>Contrôlé par le Comité de suivi indépendant</p>	<p><i>Arrêt de toute transmission du poliovirus sauvage d'ici à la fin de 2014</i></p> <p><i>Interruption de toute nouvelle flambée de poliovirus circulants dérivés de souches vaccinales dans les 120 jours</i></p>	<p>Atteindre et maintenir un taux de paralysie flasque aiguë inférieur à 2/100 000 dans tous les États ou provinces des pays à haut risque</p> <p>Atteindre et maintenir une collecte adéquate d'échantillons de selles pour 80 % des cas dans tous les États ou provinces des pays à haut risque</p> <p>Parvenir à un taux de couverture supérieur à 80 % (tel que confirmé par LQAS) dans toutes les zones à haut risque du Nigéria et de l'Afghanistan ; et supérieur à 90 % dans les zones à haut risque du Pakistan</p> <p>Mettre en place un cadre complet pour la sécurité et la sûreté dans les trois pays d'endémie</p>	<p>Créer 10 nouveaux sites d'échantillonnage environnemental dans les pays exposés au risque de flambée de poliovirus circulants dérivés de souches vaccinales et de poliovirus sauvage</p> <p>Maintenir un taux de couverture supérieur à 80 % (tel que confirmé par LQAS) dans toutes les zones à haut risque du Nigéria et de l'Afghanistan ; et supérieur à 90 % dans les zones à haut risque du Pakistan</p> <p>Convoquer le Comité d'examen du RSI ; établir des recommandations pour l'après 2014</p> <p>Élaborer des plans d'intervention d'urgence complets pour</p>	<p>Créer 10 nouveaux sites d'échantillonnage environnemental dans les pays dotés de structures nationales pour le VPO</p> <p>Si la transmission persiste, élaborer des plans d'intervention d'urgence complets pour limiter la propagation internationale et interrompre la transmission</p>	<p>Maintenir une surveillance au niveau requis pour la certification, jusqu'au premier niveau infranational, dans tous les pays des régions certifiées et non certifiées exemptes de poliomyélite</p>	<p>Mettre en œuvre le protocole d'intervention contre le virus de type 2 dans la période postérieure au VPO</p>	<p>Établir des protocoles d'intervention contre les virus de type 1 et 3 dans la période postérieure au VPO</p>

		Interrompre toutes les flambées actuelles de poliovirus circulants dérivés de souches vaccinales d'ici à la fin de 2013	limiter la propagation internationale et interrompre la transmission				
--	--	---	--	--	--	--	--

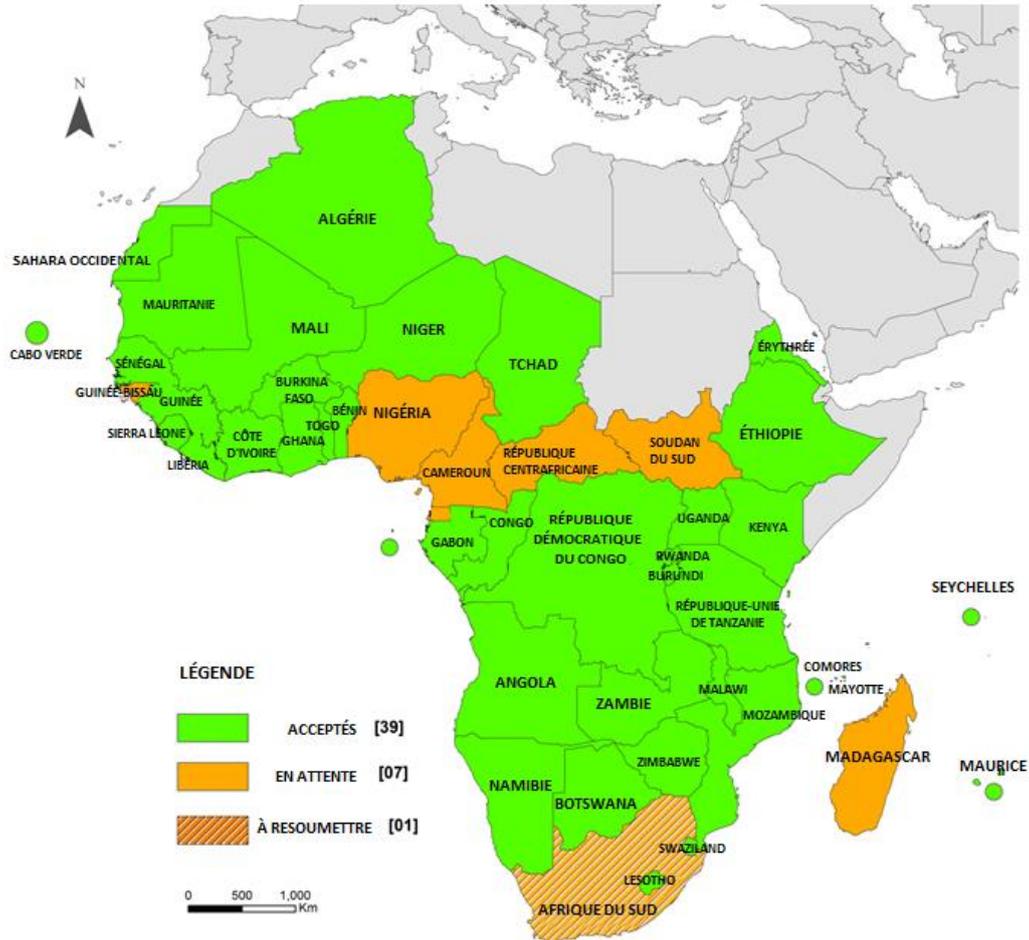
OBJECTIFS DU PLAN STRATÉGIQUE	INDICATEURS DE RÉALISATION	INDICATEURS DE PRODUIT					
		2013	2014	2015	2016	2017	2018
<p>Renforcement des systèmes de vaccination et retrait du VPO Renforcer les services de vaccination dans les « pays cibles », introduire le VPI et retirer le VPO2 à l'échelle mondiale</p> <p>Contrôlé par le Groupe stratégique consultatif d'experts</p>	<p><i>Retrait mondial du VPO de type 2 d'ici à la fin de 2016</i></p> <p><i>De 2014 à 2018, augmentation annuelle de 10 % au moins de la couverture par le DTC3 dans 80 % des districts à haut risque de tous les pays cibles</i></p>	<p>Élaborer des plans annuels d'amélioration de la couverture vaccinale nationale dans au moins cinq pays cibles</p> <p>Mettre en place une stratégie d'approvisionnement et de financement du VPI en vue de l'introduction de ce vaccin</p>	<p>Consacrer aux tâches de renforcement des systèmes de vaccination plus de 50 % du temps du personnel de terrain financé au titre de la lutte antipoliomyélitique</p> <p>Élaborer des plans annuels d'amélioration de la couverture vaccinale nationale dans tous les pays cibles</p> <p>Garantir que tous les pays ayant des producteurs nationaux ou achetant eux-mêmes leurs produits ont accès à un VPO bivalent homologué</p>	<p>Constituer des stocks de VPO monovalent de type 2 (produits en vrac et produits finis)</p> <p>Arrêter la date de la fin de l'utilisation du VPO2</p> <p>Faciliter et soutenir l'introduction d'au moins une dose de VPI dans les programmes de vaccination systématique de tous les pays utilisant le VPO</p> <p>Parvenir à une amélioration de 10 % en glissement annuel des taux de couverture par le DTC3 dans les districts à haut risque de tous les pays cibles</p>	<p>Finaliser la politique mondiale sur le VPI pour la période post-VPO</p> <p>Parvenir à une amélioration de 10 % en glissement annuel des taux de couverture par le DTC3 dans les districts à haut risque de tous les pays cibles</p>	<p>Parvenir à une amélioration de 10 % en glissement annuel des taux de couverture par le DTC3 dans les districts à haut risque de tous les pays cibles</p>	<p>Constituer des stocks de VPO monovalent de type 2 (produits en vrac et produits finis)</p>

			Parvenir à une amélioration de 10 % en glissement annuel des taux de couverture par le DTC3 dans les districts à haut risque, dans au moins cinq pays cibles, avec des plans établis à ce titre en 2013				
--	--	--	---	--	--	--	--

OBJECTIFS DU PLAN STRATÉGIQUE	INDICATEURS DE RÉALISATION	INDICATEURS DE PRODUIT					
		2013	2014	2015	2016	2017	2018
<p>Confinement et certification</p> <p>Certifier l'éradication et le confinement de tous les poliovirus sauvages d'ici à la fin de 2018 et améliorer la protection mondiale à long terme contre la poliomyélite</p> <p>Contrôlé par la Commission mondiale de certification</p>	<p><i>Certification de l'éradication de la poliomyélite d'ici à la fin de 2018</i></p>	<p>Harmoniser le Plan GAP III avec la nouvelle stratégie et le nouveau calendrier de la phase finale</p>	<p>Certifier exempte la Région OMS de l'Asie du Sud-Est</p> <p>Mener à bien la phase 1 du confinement (enquête et inventaire) (sauf dans les pays d'endémie poliomyélitique)</p>	<p>Présenter à l'Assemblée mondiale de la Santé le rapport de l'OMS sur l'éradication du poliovirus sauvage de type 2</p> <p>Obtenir un consensus international sur le calendrier du confinement et les mesures de protection</p>	<p>Appliquer des mesures de protection pour le confinement biologique de tous les poliovirus sauvages</p>	<p>Veiller à ce que tous les poliovirus Sabin de type 2 soient manipulés en toute sécurité</p>	<p>Achever le processus de certification pour les six Régions de l'OMS, aboutissant à la certification mondiale de l'éradication de la poliomyélite</p> <p>Préparer le confinement de tous les poliovirus Sabin au moment du retrait du VPO bivalent</p>

<p>Planification de la transmission des acquis Élaborer un plan pour s'assurer que les investissements dans la lutte contre la poliomyélite contribuent à la réalisation des objectifs sanitaires futurs, par la documentation et le partage des enseignements tirés Processus et moyens de lutte de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite</p> <p>Contrôlé par l'Assemblée mondiale de la Santé</p> <p>Les objectifs et les indicateurs sont fournis à titre indicatif</p>	<p><i>Élaboration du plan de transmission des acquis de la lutte contre la poliomyélite avant 2015</i></p>	<p>Lancer le processus global de planification de la transmission des acquis, y compris les consultations des parties prenantes, la cartographie des moyens de lutte et le partage des enseignements tirés</p>	<p>Achever le vaste processus de consultation sur la transmission des acquis de la lutte contre la poliomyélite</p>	<p>Élaborer un plan de transmission des acquis de la lutte contre la poliomyélite</p>	<p>Lancer la mise en œuvre du plan de transmission des acquis de la lutte contre la poliomyélite</p>		
--	--	--	---	---	--	--	--

ANNEXE 2. État de la documentation acceptée des pays exempts de poliomyélite dans la Région africaine par la Commission africaine de certification de l'éradication de la poliomyélite en juin 2018



ANNEXE 3. Principaux indicateurs régionaux permettant de mesurer les avancées obtenues dans la mise en œuvre du cadre d’action régional

	Tâche	Indicateurs
1.	Évaluer les risques	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de pays qui soumettent une évaluation trimestrielle des risques de transmission de la poliomyélite dans les délais. • Cartographie des zones géographiques prioritaires sur la base de l'évaluation des risques. • Disponibilité d'une évaluation trimestrielle des risques accompagnée de cartes au niveau régional.
2.	Renforcer la surveillance et la confirmation en laboratoire	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de pays qui satisfont aux principaux indicateurs de surveillance de la paralysie flasque aiguë requis pour la certification de l'éradication de la poliomyélite. • Nombre de pays prioritaires faisant l'objet d'une surveillance environnementale fonctionnelle sur la base des indicateurs définis. • Nombre de laboratoires nationaux pour la poliomyélite accrédités chaque année dans la Région.
3.	Améliorer la qualité de la préparation à la riposte aux flambées	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de pays disposant de plans de préparation actualisés pour la riposte aux flambées de poliomyélite. • Nombre de ripostes aux flambées qui sont acceptées à 90 % suivant la méthode de l'échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité. • Nombre de flambées endiguées dans les 120 jours.
4.	Assurer le confinement des poliovirus	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de pays dont les rapports des activités de la phase 1b du confinement sont établis conformément au Plan GAP III et soumis au Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique dans les délais.
5.	Appliquer le RSI (2005) pendant les flambées de poliovirus	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de pays qui déclarent rapidement les flambées de poliovirus sauvage ou de poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale en tant qu'urgences de santé publique à l'échelle nationale. • Nombre de pays qui vaccinent les voyageurs une fois, tel que recommandé par le Comité d'urgence du RSI sur la poliomyélite.
6.	Renforcer la vaccination systématique et introduire le VPI	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de pays où la couverture vaccinale systématique augmente chaque année. • Nombre de pays ayant introduit le VPI. • Nombre de pays ayant enregistré des flambées de poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale.
7.	Renforcer les comités et les processus de certification	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de pays disposant de comités nationaux de lutte contre la poliomyélite formés et opérationnels. • Nombre de pays qui soumettent des rapports d'activité annuels de qualité dans les délais impartis. • Nombre de pays dont la documentation attestant du statut de pays exempt de poliomyélite est acceptée par la Commission africaine de certification de l'éradication de la poliomyélite.

8.	Accroître l'utilisation des innovations technologiques et établir un cadre de responsabilisation.	<ul style="list-style-type: none">• Nombre de pays qui effectuent une surveillance active et fournissent un encadrement bienveillant grâce à des plateformes d'information géographique en temps réel.• Nombre de pays utilisant des principaux indicateurs de performance pour leur cadre de responsabilisation.
9.	Élaboration de plans de transition pour la poliomyélite et stratégie postcertification.	<ul style="list-style-type: none">• Nombre de pays dont les plans de transition pour la poliomyélite ont été finalisés et approuvés par les comités nationaux de coordination interinstitutions.• Nombre de pays dont la stratégie postcertification a été approuvée par le comité de coordination interinstitutions.